

# **DISTÚRBIO PSÍQUICO MENOR EM MÉDICOS INTENSIVISTAS BRASILEIROS**

**Eneias Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>; Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>2</sup>; Gabriel Silva Rocha<sup>3</sup> e Jamile Prado Oliveira Santos<sup>4</sup>**

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

[eneias.med@gmail.com](mailto:eneias.med@gmail.com)

2. Orientador, Departamento De Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

[mon.ica@terra.com.br](mailto:mon.ica@terra.com.br)

3. Bolsista da Sala De Situação E Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento De Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

[gsrocha12@yahoo.com](mailto:gsrocha12@yahoo.com)

4. Bolsista da Sala De Situação E Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento De Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

[jamilleprado93@gmail.com](mailto:jamilleprado93@gmail.com)

## **PALAVRAS-CHAVE: INTENSIVISTAS, MÉDICOS E DISTÚRBIO PSÍQUICO MENOR**

### **INTRODUÇÃO**

Diversos estudos apontam que a UTI é o ambiente mais estressante do hospital (AMIB, 2004, NASCIMENTO SOBRINHO, CL, et al., 2010). O trabalho diário do profissional de saúde na UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional para lidar com as adversidades que surgem a cada instante, além de atualização científica contínua, frente ao desenvolvimento que a especialidade vem apresentando ao longo dos últimos anos. É preciso ainda preparo psicológico para apoiar pacientes e familiares em momentos de angústia e frustração, visto a confiança que estes depositam na equipe de saúde. Este contexto pode contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psíquicos nos profissionais da saúde.

O sofrimento psíquico da equipe de saúde pode ser identificado pelas jornadas prolongadas e pelo ritmo acelerado de trabalho, a quase inexistência de pausas para descanso ao longo do dia, a intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada, com a pressão de ter “uma vida nas mãos” (BARROS, ET AL., 2008). Desse modo, nos deparamos com uma situação paradoxal, onde a última esperança para a preservação da vida do “ser humano” é depositada em profissionais desgastados, física e mentalmente, para o exercício profissional, onde o fracasso pode ser irreparável.

Distúrbio Psíquico Menor (DPM) é uma expressão criada por Goldberg & Huxley (1993) para designar sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do

indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (COUTINHO ET AL., 1999). Entretanto, os distúrbios psíquicos menores constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (COUTINHO ET AL., 1999).

No Brasil, vários autores têm revelado alta prevalência desses distúrbios em diversos grupos de trabalhadores (ARAÚJO ET AL., 2003; COSTA ET AL., 2002; COSTA E LUDERMIR, 2005; LIMA, 2004; LUDERMIR, 2000), o que pode comprometer as atividades prestadas pelos mesmos, especialmente aquelas relacionadas à saúde, podendo gerar consequências negativas no plano individual e coletivo. Sendo assim, a identificação precoce de DPM, pode orientar intervenções individuais e coletivas (LIMA, 1999; OMS, 2002).

**Objetivo:** Descrever a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores em médicos trabalhadores de UTI cadastrados na Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

## **MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratório. A população estudada foi de médicos trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva (intensivistas) cadastrados na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os trabalhadores participantes foram identificados por meio dos dados cadastrais na AMIB.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2013, através de distribuição de questionário autoaplicável, acompanhado do TCLE. Os questionários foram acompanhados de carta de apresentação e justificativa do trabalho, referendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Os questionários foram encaminhados aos trabalhadores de UTI, selecionados aleatoriamente para compor a amostra, por correspondência encaminhada pela EBCT (Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos), checando-se os profissionais que devolveram os questionários pelos respectivos números de identificação (cada número de questionário correspondeu a um profissional pesquisado).

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário padronizado, respondido pelos próprios profissionais, não sendo necessário que o mesmo se identificasse. O questionário apresentou de dois blocos de questões: 1º bloco: identificação geral do entrevistado, destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo

sexo, idade, especialização, tempo de trabalho profissional, carga horária total trabalhada/semana, turnos de trabalho etc; 2º bloco: Avaliação de Distúrbio Psíquico Menor por meio do SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) sob o protocolo número 293/2010. Os dados foram computados em dois bancos no EpiData 3.1 a fim de confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação. Após a verificação de erros e incongruências, a análise dos dados foi feita no programa *Statistical Package for the Social – SPSS 9.0 for Windows* da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Foram calculadas a prevalência dos DPM na população estudada, assim frequências simples e relativas das variáveis investigadas, sendo estas analisadas pela técnica de estatística descritiva.

## **RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO**

Dos 176 profissionais médicos que participaram do estudo, 55,7% era do sexo feminino, 44,3 % do masculino, 52,3% tinha filhos, 65,7% tinha companheiro, 57,3% referiu ter especialização e 89,8% residência em terapia intensiva. A prevalência de DPM foi considerada alta (29,6%) na população estudada. Foi identificado presença de DPM em 35,7% das mulheres, 21,8% dos homens, 36,6% dos profissionais que não tinha filhos e 23,9% dos que tinha. Já em relação à situação conjugal, 28,7% tinha companheiro e 30% não tinha. No que se refere à probabilidade de ocorrência de DPM, esta foi 1,5 vezes maior entre as mulheres e entre os profissionais que não tinha filhos.

## CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado foi possível indentificar que 29,5% dos médicos intensivistas tem DPM e teve associação com a variável o sexo ,filhos e especialização.considerando que a DPM pode levar à incapacidade,ineficácia e inadequação às necessidades de trabalho dentro da UTI, esse tipo de estudos torna-se relevante e provocador quanto a necessidade de pensar em estratégias que modifique as variáveis determinantes da saúde-doença desses profissionais. Assim sendo, a gestão dos hospitais e o poder público tem que estar envolvidos na promoção da melhoria da qualidade de vida, além da estruturação do serviço e na modificação nas relações de trabalho estabelecidos.

## REFERÊNCIAS

- AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo, Ed. Revinter, 2004.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4 p. 424-33, 2003.
- BARROS, DS, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio- demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. **Rev Bras Ter Intensiva**, V. 20, n. 3 p.235-240,2008
- COSTA, JSD et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**, V. 5 n. 2 p. 164-73,2002.
- COSTA, AG, LUDERMIR, AB. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, **Brasil. Cad Saúde Pública**; V. 21, n. 1 p. 73-9, 2005
- COUTINHO, ESF; ALMEIDA-FILHO, N; MARI, JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr Clín**. V. 26 P. 246-56, 1999
- LIMA, MS; SOARES, BGO; MARI, JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: um estudo populacional. **Rev Psiquiatr Calem** .V. 26 n. 5 p. 225-35, 1999
- LUDERMIR, AB; MELO-FILHO, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a TMC. **Rev Saúde Pública** V. 36 n. 2 p. 213-21, 2002.
- OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: nova concepção, nova esperança Lisboa, 2002.